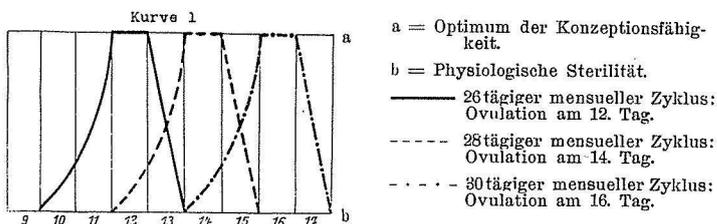


Zeit vom 5.—14. Tage, also während des Optimum der Konzeptionsfähigkeit solcher Frauen, alsbald Schwangerschaft zur Folge hatten.

Als Ergebnis der sehr aufschlußreichen Untersuchung dieser 5 seriös beobachteten Fälle betrachte ich zunächst die wichtige Tatsache, daß es in allen diesen Fällen bei bestimmten, in jedem einzelnen Falle genau besprochenen Abweichungen von den Bedingungen, unter welchen Frauen nur in der Zeit vom 11.—17. Tage konzeptionsfähig sind, nach Kohabitationen außerhalb dieses fertilen Zeitabschnittes zur Schwangerschaft gekommen ist. Und gerade der Umstand, daß wir in jedem dieser Fälle imstande waren, den Zeitpunkt der Konzeption mit weitgehendster Genauigkeit zu ermitteln, liefert uns ein außerordentlich wertvolles Beweismaterial für die Richtigkeit der Anschauung, daß die Konzeptionsfähigkeit der regelmäßig 4wöchentlich menstruirenden Frau auf die Zeit vom 11.—17. Tag des mensuellen Zyklus begrenzt ist.

Weiters lehren uns diese Untersuchungen, daß die von mir aufgestellten zeitlichen Grenzen der Konzeptionsfähigkeit regelmäßig 4wöchentlich menstruirender Frauen bei Unregelmäßigkeit des mensuellen Zyklus im Sinne einer Verlängerung desselben bis zu 32 Tagen und einer Verkürzung bis zu 26 Tagen ihre Gültigkeit verlieren. Wenn wir aber fernerhin die große Anzahl der Bestätigungen meiner Anschauung den nur 3 Reklamationen (ersten 3 Fälle) gegenüberstellen, so entnehmen wir daraus, daß bei regelmäßig 4wöchentlich menstruirenden Frauen Schwankungen des mensuellen Zyklus, i. e. des Ovulationstermines, in dem angegebenen Ausmaße so gut wie gar nicht vorkommen, und selbst bei besonderen Einflüssen eine Seltenheit sein müssen. Denn, wäre dem nicht so, so würde das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Reklamationen und Bestätigungen der für regelmäßig 4wöchentlich menstruirenden Frauen aufgestellten Regeln ein wesentlich anderes sein. Es ist mir vielmehr kein einziger einwandfrei beobachteter Fall bekannt geworden, wo bei regelmäßiger 4wöchentlicher Wiederkehr der Menstruationen nach Kohabitationen außerhalb der von mir als fertil bezeichneten Periode des mensuellen Zyklus Schwangerschaft eingetreten wäre.

Die Erfahrungen, welche wir in den Fällen 2, 3 und 4 sammeln konnten, weisen auf die dringende Notwendigkeit hin, die genauen Grenzen der physiologischen Schwankungen im Ablaufe des regelmäßig 4wöchentlichen mensuellen Zyklus festzulegen, innerhalb welcher die Konzeptionsfähigkeit solcher Frauen auf die Zeit vom 11.—17. Tage beschränkt bleibt. Ein Blick auf die schematische Darstellung (Kurve 1) der Beziehungen zwischen Ovulations- und Konzeptionstermin zeigt uns, daß sich diese Schwankungen in der Länge des mensuellen Zyklus innerhalb von 28—30 Tagen bewegen dürfen, ohne den angegebenen Zeitabschnitt der Konzeptionsfähigkeit zu verändern. Um nun aber auch einer Verkürzung des mensuellen Zyklus bis zu 26 Tagen Rechnung zu



tragen, bedarf es, wie wir aus Kurve 1 ablesen können, einer entsprechenden Verkürzung der für regelmäßig alle 28—30 Tage menstruirenden Frauen erwiesenen postmenstruellen sterilen Periode. Wir können also mithin sagen, daß die Konzeptionsfähigkeit von Frauen mit regelmäßigem mensuellem Zyklus in der Länge von 26—30 Tagen auf die Zeit vom 9.—17. Tage beschränkt ist, und zwar so, daß bei 26-tägigem Zyklus das Optimum der Konzeptionsfähigkeit auf den 11.—12. Tag, bei 28-tägigem Zyklus auf den 13.—14. Tag, und bei 30-tägigem Zyklus auf den 15.—16. Tag desselben fällt.

Um diese Erkenntnis von dem Bestehen eines Zeitraumes gesteigerter Fruchtbarkeit und einer Periode physiologischer Sterilität für alle jene Frauen nutzbar zu machen, welche in regelmäßiger Wiederkehr nach 26—30 Tagen menstruirenden, bleibt noch, wie aus Fall 4 und 5 hervorgeht, eine Schwierigkeit zu überwinden: die stets richtige Abgrenzung zwischen den sterilen und fertilen Tagen des mensuellen Zyklus. Aber auch diese Schwierigkeit dürfte sich in der Zukunft durch entsprechende ärztliche Aufklärungsarbeit und durch den Gebrauch eines technischen Hilfsmittels\*), das in einfacher und zugleich sicherer Weise die Zeit der Konzeptionsfähigkeit regelmäßig 26—30-tägig menstruirender Frauen angibt, beseitigen lassen, und damit die Möglichkeit geschaffen werden, ein so reiches und ärztlich kontrolliertes Beobachtungsmaterial zu sammeln, das die noch vorliegenden Zweifel am Bestehen einer physiologischen Sterilität zugunsten großer gesundheitlicher Vorteile für viele Frauen endgültig zerstreuen müßte.

Daß die von mir auf Grund eingehender physiologischer Untersuchungen aufgestellten Richtlinien hinsichtlich der Beschränkung der Konzeptionsfähigkeit auf die Zeit vom 9.—17. Tage nur für gesunde, regelmäßig 26—30-tägig menstruirende Frauen unter gleichbleibenden Lebensbedingungen Gültigkeit haben, sollte eigentlich keiner besonderen Betonung bedürfen; liegen doch bereits zur Genüge praktische Beobachtungen vor, daß vor allem die Laktation (Fall 1), Inanition (Kriegsamenorrhoe), ungewohnte körperliche Anstrengung und markanter Klimawechsel, chronisch verlaufende Krankheiten und Stoffwechselstörungen die Ovarialfunktion hemmend beeinflussen können und somit die Regelmäßigkeit des mensuellen Zyklus, i. e. Eintrittes der Ovulation, aufheben. Unter solchen Umständen erlischt natürlich auch die Möglichkeit der praktischen Anwendung der von mir aufgestellten Lehrsätze von der Regelmäßigkeit der beschränkten Konzeptionsfähigkeit im Verlaufe des mensuellen Zyklus.

#### Literatur:

Pinkus: Proc. roy. Soc. B. 1930, Vol. 107. — Knaus: Münch. med. Wschr. 1929, Nr. 28; Zbl. Gynäk. 1929, Nr. 35; Med. Welt 1930, Nr. 10; Allg. D. Heb.-Ztg. 1930, H. 15; Arch. Gynäk. 1929, Bd. 138; 1930, Bd. 140 u. Bd. 141; Klin. Wschr. 1930, Nr. 21. — Babyf. Talmud, Traktat „Niddah“, Fol. 31 b; Mosaisches Gesetz, III. Buch Moses, Kap. 15, Vers 19—28. — Pearl u. Salaman: Amer. Anthropol. 1913, Vol. 15 (The relative time of fertilization and the sex ratio amongst Jews). — Ogino: Zbl. Gynäk. 1930, Nr. 8.

## Für die Praxis.

### Ueber Konzeptionsverhütung

Von Hans Albrecht.

Die Erörterung der bewußten Geburtenregelung ist an sich ein kirchen- und staatsfeindliches Beginnen. Indes werden heute alle moralischen, religiösen, nationalen und sozialen Bedenken durch die Tatsache über den Haufen geworfen, daß die willkürliche Geburtenregelung in Theorie und Praxis bei allen Kulturvölkern eine so ausgedehnte und fast selbstverständliche Lebensnotwendigkeit und Lebensgewohnheit geworden ist, daß man an ihr nicht mehr vorübergehen, und andererseits sie durch keine auch noch so eindringliche Verwarnung eindämmen oder ausrotten kann. Wenn es auch zahlenmäßig feststeht, daß die Geburtenregelung in ihrem jetzigen Umfange den Fortbestand eines Volkes ernstlich gefährdet, so wird unter den heutigen schwierigen Lebensmöglichkeiten dieses zahlenmäßige Menetekel die Empfängnisverhütung als natürliche Anpassungserscheinung an die Notlage der Völker unmöglich mehr aufhalten können. Raum- und Nahrungsnot sind die Würgengel, die in unaufhaltsamem Angriff jede von Kirche und Staat fürsorglich errichtete Festungswehr

\*) Geliefert von H. Heyßler, Stübing bei Graz, Oesterreich

gegen die Geburtenbeschränkung geschleift haben. Die Konzeptionsverhütung ist heute im sexuellen Verhalten aller Kulturvölker ein so mächtiger Faktor geworden, daß es sich nicht mehr darum handeln kann, gegen sie anzugehen, sondern nur mehr darum, sie in die richtigen Bahnen zu lenken.

Die gewaltige Bedeutung dieses Problems wird offenbar aus der unübersehbaren Literatur, die es in allen Sprachen gezeitigt hat, und noch mehr aus der Gründung all der zahlreichen kleinen und großen, geheimen und öffentlichen Bünde und Vereinigungen bis zur Weltliga für Sexualreform, die im vorigen Jahre bereits ihren 7. internationalen Kongreß abgehalten hat. Dazu kommt, daß sowohl in Nordamerika wie in verschiedenen europäischen nordischen Ländern die Belehrung über Empfängnisverhütung und die Abgabe empfängnisverhütender Mittel schon zu einem integrierenden Bestandteil der öffentlichen Fürsorge geworden ist. So konnte es nicht ausbleiben, daß mehr und mehr die Aerzteschaft, die noch am Anfang dieses Jahrhunderts in ihren führenden Persönlichkeiten sich strikte ablehnend gegen jede Mitarbeit am Problem der Geburtenregelung verhielt, es als besonders wichtige ärztliche Aufgabe in Angriff nehmen mußte. Es ist ein besonderes Verdienst Grotjahns, daß er in weiser Voraussicht hier die Führung übernommen hat. Die Wandlung von Anschauung und Einstellung wird uns deutlich, wenn wir daran denken, daß im Anfange dieses Jahrhunderts der Altmeister der Gynäkologie Zweifel die Betätigung des Arztes im Interesse der Schwangerschaftsverhütung als Verletzung der ärztlichen Ethik untersagte, und daß am 25. Juni des vorigen Jahres in der Berliner Universitätsklinik unter dem Vorsitz Stoeckels eine Fachkonferenz für Geburtenregelung stattfand, die diesem Arbeitsgebiet sozusagen das offizielle Plazet erteilte. Dazu kommt, daß in den letzten Jahren alle führenden medizinischen Zeitschriften sich mehr und mehr mit dieser Frage beschäftigen; und endlich hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie die Frage der Sterilisierung und Konzeptionsverhütung zu einem der Verhandlungsthemen für ihre nächste Tagung erhoben.

Die Kenntnis der Technik bei Konzeptionsverhütung ist heute auch für den Arzt mit religiöser oder politischer Bindung insofern eine Notwendigkeit, als die Konzeptionsverhütung einen wichtigen Teil der medizinischen Prophylaxe darstellt. Wir kennen **absolute Indikationen**, die in allen Fällen gegeben sind, in denen die Schwangerschaft Gefährdung des Lebens der Mutter bedeutet. Diese medizinischen Indikationen decken sich mit den anerkannten Anzeigen zur Schwangerschaftsunterbrechung, und es ist klar, daß in all diesen Fällen die Verhütung der Konzeption das medizinisch und ethisch einwandfreiere Mittel darstellt gegenüber der Unterbrechung. Für diesen Teil der Anzeige zur Empfängnisverhütung dürfte auch seitens Staat und Kirche eine, wenn auch stillschweigende, nachsichtige Beurteilung vorausgesetzt werden. Es handelt sich um die Vorbeugung einer Empfängnis bei manifester Lungentuberkulose, bei Larynx-tuberkulose, bei Herzfehlern mit Dekompensation, Nierentuberkulose, chronischer Nephritis, schweren Bluterkrankungen; ferner Erkrankungen der endokrinen Drüsen und des Stoffwechsels, organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems sowie psychischen Erkrankungen, deren Prognose durch eine Schwangerschaft wesentlich verschlechtert wird. Dazu kommen als **relative medizinische Indikationen** die Verhütung der Schwangerschaft bei einer durch schwere Krankheit oder vorausgegangene Schwangerschafts-, Geburts-, Wochenbettkomplikationen in ihrem Kräfte- und Gesundheitszustand schwer geschädigten Frau; ferner bei ungünstigen sozialen Verhältnissen auch die Fälle latenter Tuberkulose, kompensierter Herzfehler und aller krankhaften Allgemein- und Organstörungen, deren Prognose bei hinzutretender Schwangerschaft zweifelhaft oder bedenklich erscheint. Ganz besonders gilt diese Indikation in den Fällen,

in denen eine frühere Schwangerschaft zu einer Verschlimmerung des bestehenden Leidens geführt hat. Hierher gehören auch die Mütter, bei denen bei früheren Schwangerschaften aus absoluter Indikation Schnittentbindung notwendig war. Diese relativen Indikationen werden natürlich unter Umständen bei strengster Auffassung nur temporäre Gültigkeit haben. Hinzu kommen die **eugenischen Indikationen** für die Ehen, die mit Rücksicht auf die Vererbung schwerer Defekte auf die Nachkommenschaft auf Grund unserer heutigen Kenntnis der Vererbung psychopathischer Belastung oder im einzelnen Falle zur Verhütung weiterer, mit schweren psychischen Störungen belasteter Nachkommenschaft eine Konzeption unerwünscht erscheinen lassen, und endlich als begründete Vorsichtsmaßregel bei Verwandtenehen. Die psychiatrischen Indikationen sind in dieser Wochenschrift von Luxemburger (S. 2020, 1930) eingehend erörtert worden.

Eine der allerwichtigsten medizinischen Indikationen ist die **Empfängnisverhütung als Vorbeugung der Abtreibung** und all ihrer verheerenden Folgen für Gesundheit und Leben der Mütter. Diese letztere Indikation deckt sich mit der heute durch die wirtschaftliche Bedrängnis aufgezwungenen **sozialen Indikation** zur Empfängnisverhütung. Wer sie aus religiösen, moralischen oder nationalen Bedenken heraus ablehnt, möge überlegen, ob nicht die Unterlassung der Geburtenregelung ein viel schwereres Unglück bedeutet, da mit der eintretenden starken Uebervölkerung zwangsläufig eine entsprechend höhere Sterblichkeit sowohl der Mütter (durch Abtreibung) als der Säuglinge und Kleinkinder einsetzen würde. Diese Ueberlegungen haben ja längst schon führende Männer und Frauen aus den verschiedensten Lagern zu der Ueberzeugung gebracht, daß die Geburtenregelung grundsätzlich berechtigt ist.

Wenn dabei von Männern mit religiöser Bindung als einzig erlaubter Weg die **Enthaltsamkeit** gefordert wird, so stehen der Durchführung dieses Gebots doch erhebliche Bedenken entgegen, da mit dem Aufhören der ehelichen Gemeinschaft eine Lockerung der ehelichen Bindung, jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle, zu befürchten ist. Andererseits wird gegen die Anwendung empfängnisverhütender Mittel der Einwand erhoben, daß sie für differenzierte Menschen eine desillusionierende Störung der ehelichen Gemeinschaft bedeute. Das ist gewiß richtig, aber reiche Kinderzahl und Not dürften wohl eine schwerere Gefahr und Belastung bedeuten und schließlich jede Illusion zerstören. Wie überall, so wird man auch hier das kleinere Uebel wählen müssen. Damit kommen wir zur letzten prophylaktischen Indikation, die letzten Endes ihre Berechtigung findet in der Vorbeugung der Frucht-abtreibung, das ist die Empfängnisverhütung bei außerehelichem Zusammenleben der Geschlechter, einer Tatsache, mit der wir angesichts der durch die Not erschwerten Eheschließung und der gelockerten Sexualmoral der Jugend als unabänderlicher Zeiterscheinung rechnen müssen. Auch hier wird sich der Arzt den Fürsorgemaßnahmen, welche dieser Notzustand dringend erheischt, nicht entziehen können. Aufklärung und Warnung, ethische und juristische Verbote können hier nur insoweit nützen, als sie das Verantwortungsgefühl bei der männlichen Jugend gegenüber der Kameradin und bei der weiblichen für das Geschick eines unehelichen Kindes wecken und stärken. Darüber hinaus wird aber auch hier der einsichtige Berater die Aufklärung über Empfängnisverhütung nicht ablehnen, weil er damit viel Unheil verhütet.

Damit sind die Gründe dargelegt, weshalb auch der praktische Arzt die vertrauende Nachfrage nach den Möglichkeiten der Empfängnisverhütung kennen und wohlwollend beantworten muß. Wenn ich dementsprechend der Aufforderung der Schriftleitung gemäß meine Erfahrungen über die geeignete und für die Praxis allgemein verwendbare Technik der Konzeptionsverhütung beschreibe, so beschränke ich mich sinngemäß auf die Methodik, die sich mir im Laufe der

Jahre als einfach und praktisch durchführbar bewährt hat. Ich übergehe die operative Sterilisierung als Spezialaufgabe des Facharztes, ich sehe auch ab von einer Aufzählung aller unzähligen chemischen und mechanischen Schutzmittel, die im Laufe der letzten Jahre aufgetaucht sind, und über die ich keine eigenen Erfahrungen besitze. Es wäre zu wünschen, daß die Feststellungen von Knaus (s. d. Nr. S. 344) über die Beschränkung der Empfängnismöglichkeit auf bestimmte Tage des Intermenstruums alle gewichtigen Einwände und Zweifel entkräften könnten, denn dann würden sich die für uns zum mindesten unsympathischen Präventivmaßnahmen so gut wie erübrigen, und an ihre Stelle träte die auf die wenigen Tage der von Knaus angegebenen Empfängnismöglichkeit beschränkte **temporäre Abstinenz**. Ganz abgesehen aber von der Häufigkeit der unregelmäßigen Dauer des Intervalls bei den einzelnen Frauen, die jeweils eine Zeitangabe der Empfängnisbereitschaft unmöglich macht, wird heute noch von gewichtigen Autoren, so zuletzt von Fraenkel in seinem Referat für den heurigen Gynäkologenkongreß die Frage, ob es eine empfängnissichere Zeit des Zyklus gibt, verneint.

Das zur Zeit im Volke meist verbreitete Mittel zur Konzeptionsverhütung ist der **Coitus interruptus**. Er muß abgelehnt werden, da er — ganz abgesehen von der Möglichkeit gesundheitlicher Schäden besonders für die Frau — unsicher ist, sowohl wegen der gelegentlich schon vor der Ejakulation entleerten Samenfäden wie auch wegen der Möglichkeit der Befruchtung bei Ejaculatio ante portas, einer durch mehrfach beobachtete Gravidität bei intaktem Hymen erhärteten Tatsache.

Entsprechend der vielfach vertretenen Anschauung, daß die Präventivmaßnahmen Sache des Mannes, als des aktiven Partners, sein müsse, wäre der **Coitus condomatus** das Verfahren der Wahl. Bei dem heutigen Stande der Fabrikation müßte er auch als das beste und sicherste Mittel bezeichnet werden, besonders wenn gleichzeitig noch die später erwähnten spermaziden chemischen Mittel zur Anwendung kommen. Aber einerseits ist er mit relativ hohen Unkosten verbunden, die von weiteren Bevölkerungskreisen heute schwer zu tragen sind, andererseits wird er von vielen Männern und Frauen als unangenehm und störend abgelehnt. So kommt es, daß in Wirklichkeit in den Fällen, in denen der Coitus interruptus nicht geübt wird oder einmal versagt hat, die Durchführung der Präventivmaßnahmen der Frau auferlegt wird. Die Forderung, die an die von der Frau zu übernehmenden Präventivmaßnahmen gestellt werden müssen, sind: Das Verfahren muß 1. größtmögliche Sicherheit bieten, es muß 2. unschädlich, 3. billig, 4. leicht erlernbar sein. Unsicher sind alle Präventivmaßnahmen, die sich einseitig entweder auf chemische Mittel, die in die Scheide eingebracht werden, beschränken, oder aber auf die alleinige Einlegung mechanisch abschließender Okklusivpessare. Auch die vielfach zur Empfängnisverhütung angeratene Spülung post coitum ist ungenügend und unsicher. Für schädlich halte ich alle Pessare, die längere Zeit in der Scheide belassen werden, weil sie zu Sekretstauungen mit häufiger Zersetzung, üblem Geruch und Schleimhautreizung führen, auch habe ich aus Erfahrung erhebliche Bedenken gegen die Sicherheit der vielfach verwendeten Portiokappen aus Metall. Auch wenn das Pessar beim Anlegen gut und dicht anschließt, so kann es sich doch unter dem Einfluß mechanischer Druckwirkung lockern, außerdem wechselt die Portio entsprechend der verschiedenen Blutfüllung des Uterus ihr Volumen, und endlich kann durch reichliches gestautes Sekret die Kappe gelockert werden. Auch habe ich verschiedentlich bei liegenden Portiokappen Befruchtung eintreten sehen, und das deckt sich mit der Angabe von Bauer-Wien, „daß in verschiedenen Portiokappen bis 5 Stunden nach Kohabitation noch lebende Samenfäden gefunden wurden“. Alle **intrauterinen Einlagen** lehne ich mit der Mehrzahl der Gynäkologen prinzipiell ab wegen der Gefahren, die nicht nur mit der Einführung, besonders durch ungeübte

Hand, sondern auch durch die mechanische Reizwirkung eines im Uterus liegenden Fremdkörpers und die Begünstigung der Keimeinwanderung aus dem unterhalb des inneren Muttermundes gelegenen unsterilen Abschnitt über die natürliche Schranke des inneren Muttermundes hinauf in den sterilen Abschnitt gegeben sind. Dementsprechend sind auch bei allen intrauterin applizierten Stiften, Fäden oder Schlingen neben leichteren, schwere und schwerste Schädigungen beobachtet und beschrieben worden.

Nach meinen Erfahrungen ist das einfachste, sicherste, billigste und sauberste Verfahren der Prävention bei der Frau das Einlegen von Gummiokklusivpessaren, kombiniert mit der Einbringung von spermaziden Mitteln und einer vor Herausnahme des Pessars nachgeschickten Spülung — ein Verfahren, das jede Frau selbst erlernen kann.

Ich habe diese sogenannte **anglo-amerikanische Kombinationstechnik** seit einer Reihe von Jahren durchführen lassen und konnte in jedem Falle der wenigen Versager nachträglich feststellen, daß sie auf mangelhafter oder unvollkommener Befolgung der Anweisung beruhten.

Als Okklusivpessar verwende ich entweder das **Gummscheidenokklusivpessar Ramses** oder die Gummiportio-kappe Garanto. Ueber die Art des Einlegens des Okklusivpessars muß jede Frau in der Sprechstunde unterrichtet werden. Das Ramsespessar ist eine Gummikappe, deren Rand durch eine Spiralfeder kreisförmig gespannt wird. Das Pessar wird vor der Einführung mit einem von der Aerztin Hanna Stone-New York angegebenen spermaziden Gelee folgender Zusammensetzung: Rp. Acid. lact. 1,0, Acid. bor. 10,0, Ung. Glys. ad 100,0 eingefettet, sodann wird die Spiralfeder zusammengedrückt und das zusammengefaltete Pessar so eingeführt, daß der vorausgehende Rand möglichst nach hinten oben gelangt. Ist das Pessar vollkommen in die Scheide eingeführt, so muß der vorn liegende Rand mit den Fingern möglichst weit nach vorn oben gedrängt werden, so daß er hinter die Symphyse zu liegen kommt.

Die Anleitung führe ich folgendermaßen durch: Nach Demonstration des Pessars selbst und Erläuterung der gewünschten Lage an Hand einer Zeichnung muß die Frau selbst zuerst mit den mit Gummifingerlingen geschützten und eingeführten Fingern der rechten oder linken Hand Scheide und Portio abtasten. Es ist selbstverständlich, daß der Arzt während der Vornahme dieser Manipulationen durch die Frau sich zurückzieht. Hat die Frau die Portio getastet, so lege ich zuerst das Pessar soweit ein, daß der obere Rand hinten und der untere vorn hinter dem Scheideneingang liegt, entferne mich und lasse die Frau nachtasten. Ist das geschehen, dann bringe ich durch Hochschieben des vorderen Randes das Pessar in die richtige Stellung und lasse die Frau abermals durch Nachtasten kontrollieren. Dann muß die Frau wiederholt selber Einlegen des Pessars unter Nachkontrolle des richtigen Sitzes und Wiederherausnehmen üben, wobei sie im besonderen angewiesen wird, darauf achtzugeben, daß bei liegendem Pessar der Zapfen der Portio ganz von der Kappe verdeckt ist. Wichtig ist, daß die Pessare nicht zu klein genommen werden. Unter Nr. 60 sollte man auch bei Nulliparen nicht heruntergehen, bei Frauen, die geboren haben, verwende ich regelmäßig die großen Nummern 70 und 80. Im speziellen wird die Anweisung gegeben, daß das Pessar regelmäßig bei der Abendtoilette eingelegt wird, nachdem es mit der Paste bestrichen ist, oder nachdem vor dem Einlegen eines der noch zu erwähnenden spermaziden Mittel eingeführt wurde. Vor einer Kohabitation wird zur weiteren Sicherung noch ein chemisches Antikonzipiens eingeführt, und zwar eine der bekannten Tabletten, ich lasse gewöhnlich Speton oder Semori nehmen, oder eine der bekannten Gelees wie Patent-Ex oder Speton-Ex. Am nächsten Morgen lasse ich eine Spülung mit lauwarmen oder kühler Aisol- oder Borlösung machen, sodann wird das Pessar herausgenommen, gereinigt, mit Glycerin eingefettet und eine zweite Spülung nachgeschickt.

Außer dem Ramsespessar verwende ich gern das **Garantopessar**, eine **Portiokappe aus Gummi** mit starrem Ring. Die Erlernung der Einführung ist schwieriger als die des Scheidenokklusivpessars, aber nach meinen Erfahrungen wird seine Einlegung von den meisten Frauen mit einiger Geduld und Übung erlernt. Hier ist besonders wichtig, daß die Frau zuerst Lage und Form der Portio gut abtasten lernt, weil das Pessar wie ein Hut über die Portio